

Le contrôle de gestion médicalisé objet d'un processus de construction conjointe des savoirs et des relations

10.1	Le contrôle de gestion médicalisé objet d'un processus continu de conception innovante	333
10.1.1	<i>Théories du raisonnement de conception : notion de modèle génératif.....</i>	334
10.1.1.1	Le contrôle de gestion médicalisé comme objet d'un processus de conception innovante	334
10.1.1.2	Les connaissances et leur articulation comme ingrédients du travail de modélisation : la mise en évidence du principe de non séparabilité « savoirs-relations »	338
10.1.2	<i>Du mythe rationnel à l'outil imparfait : l'outil à trous et le degré d'incomplétude de l'instrumentation de gestion</i>	341
10.1.2.1	Réduction de la distance S/R : du concept à la connaissance	341
10.1.2.2	Le contrôle de gestion médicalisé comme objet d'un processus de conception innovante : réduction de la distance S/R et degré de modélisation.....	343
10.2	Retour aux apprentissages collectifs : C/K et S/R deux cadres d'analyse au service des problématiques terrains.....	345
10.2.1	<i>Conditions du recours à la théorie C/K en tant qu'approche métier : expert, conseil et consultant</i>	346
10.2.1.1	Le statut de connaissance de la comptabilité analytique hospitalière n'est pas garant de sa mise en œuvre : le recours au consultant en tant qu'expert	347
10.2.1.2	La relation client / consultant : la fonction symbolique du consultant en tant que conseiller	348
10.2.2	<i>Action politique et recherche : deux espaces d'expression du principe de non séparabilité « S/R »</i>	351
10.2.2.1	L'action politique et la formalisation de nouvelles relations.....	351
10.2.2.2	Apport du chercheur : l'apprentissage collectif garant du principe de non séparabilité S/R	353
	Conclusion du chapitre 10	355

En privilégiant des enjeux organisationnels transversaux dans et hors de l'hôpital, nous nous éloignons de problématiques plus classiques de contrôle de gestion tournées vers le calcul des coûts. Plusieurs remarques doivent être formulées. D'une part des méthodes originales pour traiter cette question des coûts de la santé peuvent être développées, à l'image de notre expérimentation de tableau de bord des dépenses et recettes de l'assurance maladie sur un territoire. Nous ne renonçons donc pas à cette finalité du contrôle de gestion et son corollaire, l'allocation des ressources à l'échelle du territoire. D'autre part, elle nous amène à considérer le contrôle de gestion en tant qu'outil d'aide à la décision stratégique en lien avec la dynamique de l'action collective qui apparaît comme une condition à l'appropriation des outils de gestion par les acteurs garant de leur implication dans ces nouvelles formes organisationnelles.

Une réflexion nouvelle apparaît donc autour de l'articulation des savoirs détenus par des acteurs de plus en plus nombreux et qui doivent entrer en relation. C'est en ce sens que nous parlons de contrôle de gestion. Reste à déterminer le champ d'application de ce contrôle de gestion.

L'ensemble des terrains étudiés a pour point commun de partir de l'hôpital, même si le champ s'élargit au profit d'une intégration de l'hôpital sur le territoire de santé. Peut-on alors pousser notre raisonnement jusqu'à envisager un véritable contrôle de gestion à l'échelle du territoire qui supposerait d'identifier un contrôleur de gestion, de prendre des décisions stratégiques, d'allouer les ressources et d'animer la coordination entre l'ensemble des acteurs de santé sur le territoire. N'est-ce pas là le rôle imparti aux ARS depuis la loi HPST ?

Avant de répondre à ces questions, il nous semble important d'établir un diagnostic de cette fonction à l'échelle du territoire et sur cette base mesurer les obstacles qu'ils restent à franchir tant du point de vue de la construction des outils que des structures responsables de cette fonction.

Le recours à la théorie de la conception permet de progresser dans la formalisation de notre problématique en introduisant la nécessaire réflexion sur l'espace des connaissances détenues par les acteurs. L'articulation entre ces connaissances passe par une analyse de l'espace entre des savoirs détenus par des acteurs qui interagissent et dont les relations sont délicates à modéliser tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Nous situons donc notre recherche dans le cadre d'un processus de conception que nous avons souvent qualifiée d'innovante. Formalisée

à la suite des travaux d'Hatchuel, la théorie C/K constitue, à ce sujet, une réponse théorique complète. En distinguant l'espace des connaissances comme étant un ensemble de propositions ayant toutes un statut logique et celui des concepts comme étant un ensemble de propositions indécidables c'est-à-dire dépourvues de statut logique, elle nous donne une grille d'analyse pertinente de situations de gestion peu formalisées et ce d'autant plus dans le contexte d'une déstabilisation de l'objet d'étude, ici l'hôpital.

Ceci soulève un certain nombre de questions : le statut de concept de contrôle de gestion même médicalisé est-il dépassable ? Peut-on réellement parler de contrôle de gestion alors qu'on s'éloigne des outils traditionnels tournés vers la comptabilité analytique et que de nouvelles formes d'organisations émergent ? Comment articuler l'action d'acteurs aux savoirs hétérogènes mais qui doivent de plus en plus entrer en relations et partager leurs savoirs.

Au final, il nous semble que le contrôle de gestion médicalisé, quel que soit son champ d'application a fait jusqu'ici l'objet d'un processus de conception certes innovante mais aussi continue, à mesure que l'on progresse dans la formalisation du contrôle de gestion d'abord hospitalier autour d'enjeux évolutifs (comptabilité analytique, dialogue de gestion en interne, élaboration de la stratégie sur le territoire de santé) vers une approche plus systémique des problématiques de santé. Où en est-on aujourd'hui dans le contexte récent de la loi HPST et de l'émergence des ARS et jusqu'où un tel processus peut-il aller ?

A partir de l'analyse de ce processus continu de conception innovante et du principe de non-séparabilité des savoirs et des relations que nous détaillerons (10.1), nous proposons d'utiliser ces théories pour comprendre le rôle de chacun des acteurs participant à la réflexion autour des enjeux du systèmes de santé, qu'ils soient acteurs terrains, consultants, chercheurs ou politiques (10.2).

10.1 Le contrôle de gestion médicalisé objet d'un processus continu de conception innovante

L'objet de notre recherche porte sur le contrôle de gestion initialement qualifié d'hospitalier en vue de dépasser la seule comptabilité analytique hospitalière. Pour autant, à mesure que l'objet hôpital est déstabilisé, nous devons adopter une approche plus systémique qui dépasse

le cadre strict de l'hôpital. Il en résulte un objet nouveau, peu formalisé, sans statut logique, que nous résumons sous le vocable de contrôle de gestion médicalisé et qualifions de concept. Pour bien comprendre la démarche de recherche entreprise nous nous appuyons sur la théorie de la conception. De plus, ce nouveau concept est caractérisé par l'émergence de nombreux acteurs peu habitués à coopérer. Ces acteurs détiennent de nombreux savoirs hétérogènes mais complémentaires et doivent donc entretenir des relations de plus en plus complexes qu'il s'agit d'organiser et ne pas prendre le risque d'une relation de soins trop morcelée. A l'inverse, la réflexion doit être pensée de manière plus positive autour d'une prise en charge personnalisée au service de la qualité des soins et du bien-être des patients.

10.1.1 Théories du raisonnement de conception : notion de modèle génératif

Le processus de conception innovante que nous étudions est basé sur une réflexion double ; partant du statut de concept du contrôle de gestion médicalisé, son étude repose sur l'expansion des connaissances, mais à l'inverse l'espace des concepts s'étend à mesure que s'expandent les connaissances. Pour définir l'ensemble de ces termes sur la base de la théorie existante nous introduisons de manière complémentaire les travaux relatifs à la distance entre savoirs et relations qui s'accroît à mesure que l'hôpital s'ouvre sur l'extérieur et déstabilise ainsi l'objet du contrôle de gestion au départ hospitalier.

L'enjeu réside dans la réduction de cette distance que seul le processus de conception innovante rend possible. L'étude des trois terrains de recherche caractérisés par cette ouverture progressive de l'hôpital intégrant différents niveaux de l'organisation permet de prendre en compte cette déstabilisation de l'objet hôpital et progresser dans la connaissance d'un contrôle de gestion dont le développement reste à formaliser.

10.1.1.1 Le contrôle de gestion médicalisé comme objet d'un processus de conception innovante

La question de la représentation du raisonnement de conception a fait l'objet de nombreuses recherches Clark (1985), Marples (1961), Alexander (1964) et Simon (1962). Ces travaux montrent que tout travail de conception consiste à assurer la cohérence entre l'objet conçu et son contexte d'utilisation. La compréhension de l'interaction entre ces deux dimensions est

essentielle à toute démarche d'élaboration d'un outil de gestion. La théorie C/K (Hatchuel, 2002), s'inscrit dans cette tradition et la prolonge. Pour ces auteurs, les processus de conception de nouveaux objets reposent sur la distinction formelle entre deux espaces : l'espace des concepts (C) et l'espace des connaissances (K, comme knowledge). Par définition, l'univers (ou espace) des connaissances est l'espace des propositions qui ont un statut logique (comptabilité analytique, analyse des coûts, groupe homogène de malades...) et l'univers des concepts est l'espace des propositions qui ne sont ni vraies, ni fausses.

Appliqué à notre réflexion, nous postulons que le contrôle de gestion médicalisé répond à cette deuxième définition et constitue donc un concept dont nous étudierons les conditions d'émergence. A ce stade, nous notons que cet univers a une structure en arborescence. La base de la théorie C/ K tient dans la double expansion des connaissances et des concepts proposés.

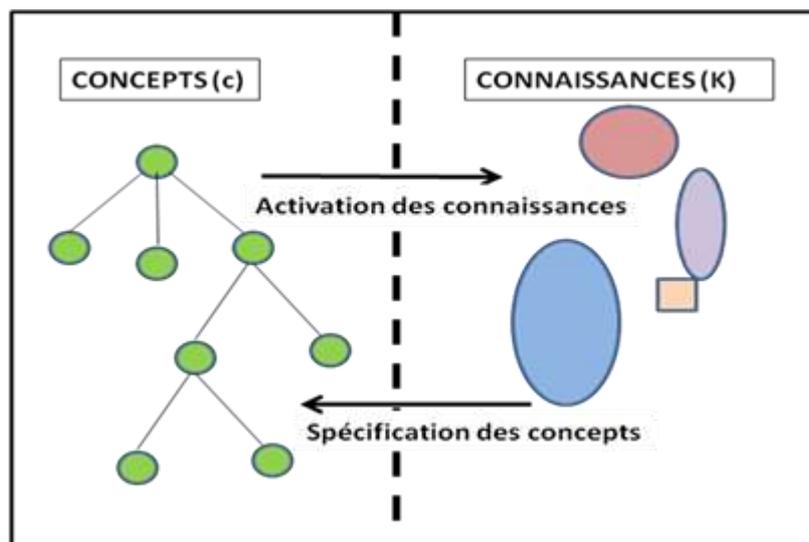


Figure 36 : La distinction de deux espaces dans la théorie C/K

Tout en étant distincts, ces deux espaces interagissent constamment entre eux à l'aide des deux opérateurs de disjonction et conjonction, la disjonction K / C permettant de formuler une proposition de concept à l'aide d'une connaissance alors que la conjonction C-K permet de confronter un nouveau concept à l'espace des connaissances. Seul l'espace des concepts est structuré en arbre, alors que les connaissances sont apportées de manière plus désordonnée au fur à mesure des champs d'investigations étudiés.

Cette théorie fait appel à quatre opérateurs :

- La disjonction K-C, c'est l'opération qui allant de K vers C permet la formulation d'un concept à partir d'une proposition de départ émanant de l'espace K ;
- La conjonction C-K, symétrique de la disjonction. Elle marque le moment où l'ensemble des propriétés du concept trouvé est vrai dans K. Lorsqu'une telle proposition est acceptée, le raisonnement de conception peut être arrêté ;
- La déduction K-K, c'est la capitalisation des connaissances acquises qui découlent les unes des autres pour étoffer les poches de connaissances ;
- La partition C-C, correspondant à la progression dans l'univers des concepts.

Cette représentation nous invite donc à raisonner simultanément sur deux dimensions, les concepts et les connaissances, ce que ne fait pas la littérature sur la conception de nouveaux concepts de contrôle de gestion à l'hôpital dans lesquelles les deux dimensions ne sont pas mises explicitement en relation. En s'appuyant sur la théorie C-K, c'est la disjonction qui constitue l'une des difficultés majeure à l'hôpital dans la mesure où le passage des connaissances vers de nouveaux concepts ne va pas de soi sans une réflexion sur les démarches du contrôle de gestion.

Cette réflexion sur l'espace des connaissances soulève une question nouvelle, celle d'une corrélation entre la capacité à identifier et mesurer ces connaissances, le niveau de compétence du contrôle de gestion et l'opportunité qui en découle pour mettre en œuvre efficacement de nouveaux outils. Or, les hôpitaux sont caractérisés par une grande diversité en matière de contrôle de gestion, certains se contentent de répondre aux demandes de la tutelle d'autres vont plus loin en menant de véritables études médico-économiques de projets stratégiques clairement identifiés. Parmi les facteurs explicatifs on peut citer, l'existence d'une équipe spécialement dédiée au contrôle de gestion, l'expérience de leur contrôleur de gestion et sa connaissance de l'hôpital ainsi que l'accessibilité des données qu'il s'agisse de la qualité du système d'information hospitalier ou du recueil sur le terrain.

Comme nous l'avons vu plus haut, c'est l'identité même de l'objet contrôle de gestion qui devient centrale. La reformulation de l'identité de l'objet par expansion ou par révision est un véritable acte de conception. Encore faut-il examiner les mécanismes qui permettent de produire les partitions expansives susceptibles de convaincre de leur originalité ou de leur valeur à partir des connaissances disponibles.

C'est l'ensemble de ce processus que nous avons utilisé au cours de notre recherche et que nous restituons dans cette thèse. En effet, si nous reprenons le cheminement de notre réflexion en lien avec une méthode de recherche de type abductif, nous considérons successivement les étapes suivantes :

- Le contrôle de gestion hospitalier comme concept (C), basé sur l'articulation de deux éléments ayant le statut de connaissance. Le contrôle de gestion d'une part (K), c'est-à-dire les méthodes et outils utilisés sur le terrain mais aussi ses finalités en tant que discipline ayant fait l'objet de recherches en management, la comptabilité analytique hospitalière d'autre part (K) et l'ensemble des outils qui se sont développés successivement (retraitement comptable, ENCC, Base d'Angers, CREA...) en lien avec la question de l'allocation des ressources et du calcul des coûts ;
- L'articulation de l'ensemble de ces connaissances (K-K). Toute exploration de nouvelles formes de contrôle de gestion repose, en effet, sur un changement de la structure de l'espace K des connaissances, élargi aux connaissances détenues par d'autres acteurs extrahospitaliers ;
- Les insuffisances du concept de contrôle de gestion hospitalier sur la base d'une déstabilisation de l'objet hôpital ; le passage de l'espace des connaissances à celui du concept ne possède pas de frontières clairement définies. La transition vers le concept suppose l'articulation de connaissances nouvelles et hétérogènes et la coordination des acteurs qui les détiennent (K-C) ;
- L'émergence d'un nouveau concept (C-C), celui d'un contrôle de gestion non plus hospitalier mais médicalisé.

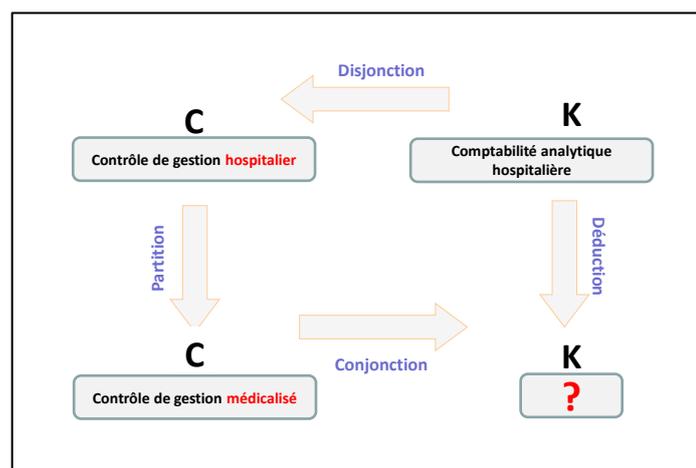


Figure 37 : Les quatre opérateurs de la théorie C-K appliqués au concept de contrôle de gestion en santé

Que pouvons-nous déduire d'un tel processus de recherche ? Rappelons que notre démarche s'inscrit dans le cadre d'un raisonnement de type abductif qui considère le mode de recherche et d'obtention de connaissances nouvelles comme un processus de conception. Autrement dit, la question qui demeure est celle du passage du contrôle de gestion médicalisé en tant que concept à celui de connaissances qui mettrait ainsi fin au processus de conception.

Nous ne prétendons pas avoir atteint un tel stade à l'issue de cette thèse en lien avec le double objectif visé qui cherche à apporter des éléments concrets aux professionnels du terrain tout en s'interrogeant quant à la discipline contrôle de gestion et la valorisation de la recherche en gestion de la santé. Des questions demeurent, les solutions sont encore à imaginer et à tester et l'ensemble de ce processus devrait perdurer et susciter ainsi le débat et permettre à chacun d'enrichir sa réflexion.

Quoi qu'il en soit, la problématique posée aux acteurs terrain comme aux chercheurs et objet de ce processus est celle de l'articulation de connaissances hétérogènes et des conditions de mise en œuvre d'une dynamique de l'action collective.

10.1.1.2 Les connaissances et leur articulation comme ingrédients du travail de modélisation : la mise en évidence du principe de non séparabilité « savoirs-relations »

Nous reprenons ici les travaux d'Hatchuel qui, avant de considérer le principe de non-séparabilité « savoirs-relations », en définit des attributs, précise la corrélation nécessaire entre savoirs et relations et les positionne sur cette base comme des préalables nécessaires à une bonne compréhension de l'action.

- L'opérateur « savoir » est ainsi associé à deux notions ; celle de la réflexivité d'une part, qui précède l'action ou la suit et implique que le savoir puisse être révisable, celle de la limite d'autre part qui suggère qu'aucun acteur ne peut prétendre ni « tout » savoir, ni « rien » savoir ;
- L'opérateur « relations » est consécutif à celui des savoirs et doit être vu comme étant un moyen d'apprécier par autrui le savoir de A ; la « relation » entre A et B n'est alors rien d'autre qu'un lien que A ou B peut établir entre le savoir de A et celui de B.

Toute action collective humaine repose alors sur le principe de non séparabilité « savoirs-relations ». Il n'y a en effet pas plus de savoir absolu, indépendant des relations, que de société absolue, indépendante des relations. Ce principe s'inscrit alors dans une nécessaire réflexion collective, préalable nécessaire et constitutif de l'action. C'est ce principe qui rend possible « l'organisation », qu'elle soit privée, à l'image de l'entreprise, ou non, dans le cas des associations par exemple.

La relation de soins repose sur une grande diversité d'organisations, institutionnelles à l'image de l'hôpital ou des réseaux de santé par exemple, ou plus informelles à l'image des réseaux domestiques tels que présentés par Escaffre (2008). La complexité de la relation de soins, quel que soit le niveau de l'organisation considéré, en fait une des formes les plus universelles de l'action collective.

Deux mouvements peuvent être mis en évidence dans le cadre d'une action collective. Dans un sens, il s'agit de reconstruire des relations compatibles avec une modification des savoirs. Réciproquement, la modification des relations implique une reconstruction des savoirs. La diversité des savoirs est une caractéristique majeure de la relation de soins à travers les compétences complémentaires des professionnels de santé mais aussi de la prise de place du patient et de son entourage, demandeurs d'informations, impliqués dans les choix thérapeutiques qui lui sont proposés. La question des relations entre l'ensemble des acteurs dans la relation de soins est plus délicate. Or, chacun pressent que toute tentative de faire l'un sans l'autre est vouée à mettre en danger les apprentissages collectifs nécessaires, avec pour risque une dérive vers des formes plus autoritaires de l'action, dénoncée et redoutée à l'hôpital notamment.

La dynamique de l'action collective passe donc par une remise en cause des relations de type hiérarchiques ou de rapports d'expertise qui sont susceptibles de transgresser partiellement le principe de non-séparabilité. La première repose sur un rapport de prescription très particulier qui contraint la transmission du savoir du « chef » vers son subordonné. La seconde, s'inscrit dans un mouvement asymétrique et unilatéral de l'expert vers l'apprenant. Quoiqu'il en soit, les organisations ne nous semblent pas concernées par de telles difficultés. Gauthier et alii (1975) expliquent en effet que « l'hôpital est ainsi la seule entreprise où les responsables des différents secteurs de production échappent presque totalement à l'autorité du directeur général ». De la même manière, la distinction entre médecins généralistes et médecins

spécialistes ne nous semble pas assimilable à une relation d'expertise, la médecine générale étant devenue une spécialité à part entière²⁴.

Sans atteindre de tels extrêmes, la relation de soins n'exclut pas des formes de cloisonnement quel que soit le niveau de l'organisation considéré. Les clivages sont ainsi particulièrement marqués à l'hôpital entre secteur médical et secteur administratif mais aussi entre services d'hospitalisation et services médico-techniques et enfin au sein des services administratifs entre services fonctionnels et services opérationnels. De même les relations entre médecins hospitaliers et médecins généralistes ne sont pas dénués de difficultés.

Nous recourons donc au principe de non-séparabilité en vue de détecter des situations inédites ou porteuses de tension. Plus que la non-séparabilité, la distance savoirs-relations, à travers le degré d'interdépendance des savoirs et des relations, constitue donc un axe de notre analyse du processus de conception du contrôle de gestion et son caractère innovant. Ce processus repose alors sur deux questions. Dans quelle mesure le savoir d'un acteur peut-il influencer sur le savoir d'un autre ? Comment ces savoirs peuvent-ils se propager et être partagés au profit d'une action collective au service de soins de qualité, coordonnés et individualisés ?

Pour rapprocher la théorie C/K et le principe de non séparabilité S-R, nous considérons donc que plus nous avons de réponses à ces questions plus nous nous rapprochons des connaissances, le processus a alors permis de rapprocher S et R, mais à l'inverse plus nous restons sans réponse, plus nous restons proche du concept, la distance S-R restant grande, des savoirs sont manquants et le processus de conception doit se poursuivre pour créer des savoirs nouveaux. Or, en considérant l'outil comme objet synthétisant les savoirs et l'instrument comme moyen d'expression caractérisant les relations entre acteurs, nous défendons l'idée du contrôle de gestion médicalisé dans le cadre d'une approche systémique devant faire l'objet d'un processus de conception innovante dont les étapes peuvent être positionnées en fonction du degré d'incomplétude de l'instrumentation de gestion.

²⁴ Le DES (Diplôme d'Etude Supérieur) de médecine générale a été officiellement mis en place par l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, qui ajoute la médecine générale à la liste des spécialités médicales. Celle-ci ne pourra donc plus être pratiquée que par les étudiants ayant reçu une formation spécifique de trois ans en médecine générale.

10.1.2 Du mythe rationnel à l'outil imparfait : l'outil à trous et le degré d'incomplétude de l'instrumentation de gestion

Avant de présenter le processus de conception innovante caractéristique de notre démarche, précisons que si nous nous inspirons du modèle de conception de produits innovants, nous ne nous considérons pas comme des consultants en innovation livrant des produits finis « prêts à l'emploi » dans une démarche de type Recherche et Développement. Notre position de chercheur nous amène à travailler sur la formalisation de la démarche de conception innovante appliquée à l'objet qui nous intéresse, le contrôle de gestion médicalisé.

10.1.2.1 Réduction de la distance S/R : du concept à la connaissance

Partant du principe de non séparabilité des savoirs et des relations, nous considérons que la formalisation du concept de contrôle de gestion médicalisé et sa progression vers l'espace des connaissances suppose de rapprocher la distance entre S et R. Autrement dit, si les acteurs ne coopèrent pas les savoirs ne peuvent être partagés et construits conjointement au service de la relation de soins et l'ensemble des enjeux qui en découlent tant en termes de qualité et de sécurité des soins que d'optimisation du processus de production des soins. Tout l'enjeu résulte donc dans l'émergence d'un catalyseur permettant de faire l'interface entre ces acteurs au sein d'une relation plus globale, la relation de soins.

Pour analyser ce processus, nous dirons ainsi que des acteurs qui ont des savoirs proches, qui ont l'habitude de coopérer ont une distance S faible (notée *sfaible*) ; à l'inverse, des acteurs qui ont des savoirs nombreux et très différents auront une distance S forte (notée *Sforte*) nécessitant une coordination. De manière symétrique, si les acteurs ont des relations fréquentes et mal formalisées, nous dirons que leur distance r est forte (*Rforte*) ; dans l'autre cas leur distance sera faible, les relations étant fréquentes bien formalisées (notées *rfaible*). Il faut donc bien comprendre la distinction que nous opérons entre S et R.

– La distance sur S, est basée sur le nombre de savoirs qui augmente avec le nombre d'acteurs et leur hétérogénéité ; plus les savoirs sont nombreux (S) plus ils sont hétérogènes et plus la distance est forte (*Sforte*), et inversement moins les savoirs sont nombreux, moins il y a d'hétérogénéité et plus la distance est faible (*sfaible*). C'est donc la dimension quantitative que nous privilégions ;

– La distance sur R est basée sur la complexité des relations et leur degré de formalisation ; plus les relations sont formalisées (r), plus la distance est faible (rfaible) et inversement, moins les relations sont formalisées (R), plus la distance est forte (Rforte). C'est donc la dimension qualitative que nous privilégions.

Il en résulte quatre situations –types que nous illustrons à travers la matrice suivante :

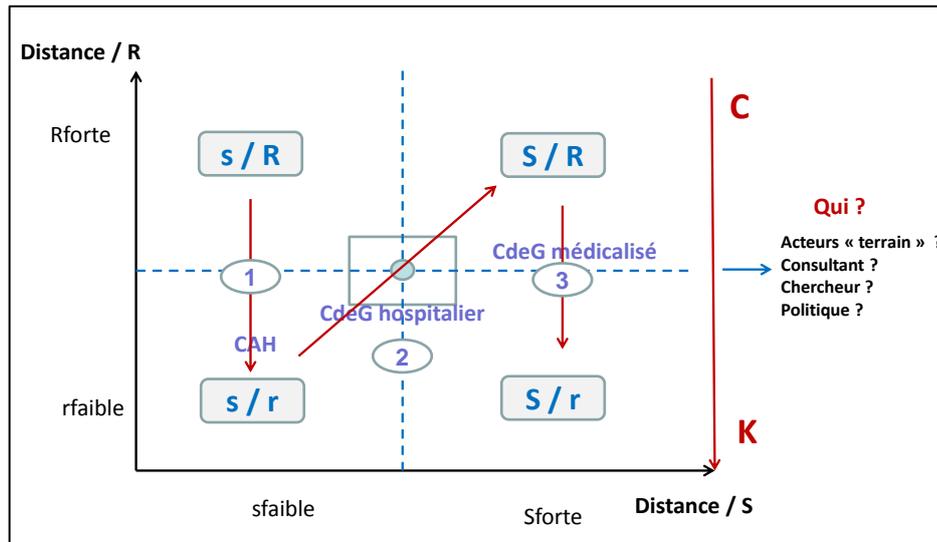


Figure 38 : Distance S/R et application au contrôle de gestion en santé

Le processus qui a fait l'objet de notre réflexion s'articule en trois temps.

- i. La comptabilité analytique hospitalière (CAH) en tant que situation initiale : initialement considérée comme concept, elle est aujourd'hui bien documentée et implantée dans les établissements autour d'outils qui ont permis aux acteurs de mieux dialoguer ; il en résulte des relations mieux formalisées autour de savoirs qui restent limités aux connaissances hospitalières. Autrement dit, la CAH est progressivement passée du statut de concept à celui de connaissance ;
- ii. Le contrôle de gestion hospitalier en tant que situation intermédiaire : la comptabilité analytique est un outil au service du contrôle de gestion qui doit donc être complété par des indicateurs qui traitent de l'organisation, de la performance, de la qualité dans une double perspective de maîtrise de la rentabilité et de la performance des hôpitaux. Le processus de conception est en cours afin de mieux formaliser les relations entre acteurs, qu'ils soient administratifs, soignants, médico-techniques ou médicaux ;

- iii. Le contrôle de gestion médicalisé en tant que situation en devenir : c'est le concept dont nous étudions les conditions d'émergence et qui doit faire l'objet d'un processus de conception innovante si nous voulons contribuer à son rapprochement vers l'espace des connaissances qui suppose des propositions concrètes aux professionnels sur le terrain sur la base d'outils mais aussi de métiers nouveaux précédemment présentés.

10.1.2.2 Le contrôle de gestion médicalisé comme objet d'un processus de conception innovante : réduction de la distance S/R et degré de modélisation

Le processus de conception innovante qui fait l'objet de notre recherche porte sur trois situations décrites à la fois en termes d'innovation organisationnelle et d'instrumentation de gestion.

Deux points communs peuvent être constatés :

- Le rôle central joué par l'hôpital : même si le périmètre s'accroît au fur et à mesure que nous élargissons notre réflexion sur la base d'une déstabilisation de l'objet hôpital, les trois projets sont à l'initiative d'un établissement hospitalier qu'il s'agisse d'une cellule contrôle de gestion interne qui recourt à un outil de simulation économique basé sur l'anticipation du futur, d'une structure de coordination hébergée au sein d'un centre de lutte contre le cancer et qui détache quatre de ses infirmières pour assurer l'interface avec l'extérieur, ou encore d'un hôpital qui accueille en ses murs un cabinet de médecins généralistes.
- La trajectoire du patient comme objet du contrôle de gestion dans et hors les murs de l'hôpital, l'adressage par le médecin généraliste (qui justifie les études d'image réalisées par les hôpitaux), les consultations, la prise en charge hospitalière en s'appuyant sur les plateformes médico-techniques et les structures d'aval en établissement spécialisé ou à domicile.

Pour autant, le degré de conception en vue de se rapprocher de l'espace des connaissances est plus ou moins élevé en fonction de la situation de départ et du concept étudié.

Au final, nous considérons la théorie C/K et le principe de non séparabilité S/R comme deux grilles d'analyses complémentaires. Pour autant, nous soulignons une distinction essentielle : la théorie C/K s'inscrit dans un cadre statique alors que le principe de non séparabilité S/R est par construction dynamique. C'est la réduction de la distance entre savoirs et relations qui

symbolise toute la démarche de recherche et vise à simplifier une situation complexe, qui n'a pas de statut logique, et définit le concept. L'enjeu est bien de comprendre l'émergence des acteurs qui détiennent des savoirs hétérogènes mais complémentaires et entretiennent des relations plus nombreuses et donc plus complexes.

Le périmètre de notre recherche se situe à l'intérieur de ce schéma. Chacun des trois terrains fait alors émerger trois métiers centraux et des modes de financement différents :

- Simulation économique à l'échelle de l'établissement (T1) : le contrôleur de gestion hospitalier en tant qu'animateur du dialogue de gestion entre direction, gestionnaires et acteurs terrains qui vise notamment à optimiser le mode de financement à la T2A ;
- Coordination des soins externes (T2) : l'infirmière coordinatrice comme garante de l'interface entre l'hôpital et les intervenants extérieurs en vue de permettre le maintien au domicile du patient ; le financement est alors assuré sur la base de MIGAC ;
- Projet de pôle santé (T3) : le médecin généraliste comme acteur central de la prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation. Ce modèle est particulièrement approprié au traitement des pathologies chroniques qui touchent plus particulièrement la population vieillissante.

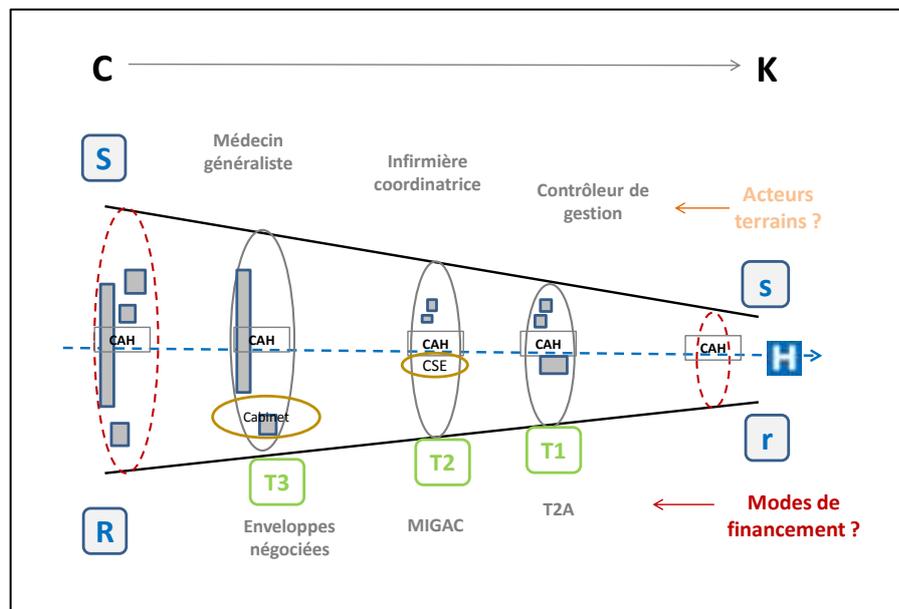


Figure 39 : Le contrôle de gestion : processus de conception innovante et réduction S/R

Deux situations extrêmes n'ont donc pas fait l'objet de terrains de recherche

- La Comptabilité Analytique Hospitalière (CAH) en tant que situation initiale : elle correspond au cas où la distance S/R est la plus faible, les savoirs sont restreints au cas de l'hôpital et les relations bien formalisées. Nous avons déjà décrit cette situation au regard du couple Modèle / Outil en considérant qu'il s'agit d'une situation où le modèle est le plus simple et les outils développés (m/o) ;
- Le contrôle de gestion médicalisé à l'échelle du territoire : sur le papier, les ARS devraient remplir ce rôle dans le cadre d'un pilotage qui se veut unifié et responsabilisé. Dans les faits, les cellules dédiées au contrôle de gestion sont bien souvent limitées à la validation des EPRD, l'attribution des autorisations, les contrats de retour à l'équilibre ou encore le suivi des résultats issus des retraitements compatibles. On est encore loin d'un contrôle de gestion stratégique à l'échelle de la région garant de la dynamique de l'action collective sur le territoire de santé entre professionnels de santé libéraux et établissements de santé publics et privés.

En termes d'outils de gestion, nous en déduisons différents stades d'aboutissement des outils :

- Les outils de comptabilité analytique hospitaliers définis très précisément en termes méthodologiques malgré leur manque d'utilisation en interne et leur faible impact sur les organisations ;
- Des outils de contrôle de gestion qui s'élargissent à mesure que la distance S/R s'élargit et le concept devient flou ; nous considérons à cet extrême que l'instrumentation de gestion est imparfaite, leur utilisation pour l'aide à la décision étant faible et le périmètre d'autant plus difficile à couvrir que le l'hôpital « s'étend » et la qualifions « d'outils à trous ».

10.2 Retour aux apprentissages collectifs : C/K et S/R deux cadres d'analyse au service des problématiques terrains

L'hôpital et plus généralement le secteur de la santé sont caractérisés par une multitude d'intervenants qui participent à la démarche gestionnaire. Outre le métier de contrôleur de gestion dont nous avons souligné le caractère émergent, les établissements ont recours aux compétences de nombreux experts pour les aider dans leurs missions quotidiennes. Pour autant, les problématiques nouvelles sont aussi abordées par les hommes politiques en réponse aux attentes des usagers et / ou en lien avec les contraintes réelles qui subsistent au

niveau macroéconomique. Enfin, ce secteur est aussi un terrain d'expérimentation réel pour les chercheurs en vue d'accompagner les évolutions nécessaires avec pour caractéristique majeure celle d'être un terrain d'observation des comportements et d'intervention susceptible de faire changer les pratiques.

Ces acteurs en visant différentes finalités, ont recours à des méthodes de travail diverses. Quelle place occupent-ils au sein de ce processus ? Pour répondre à cette question, nous distinguons d'une part la fonction d'expertise et de conseil détenue par le consultant au service des acteurs terrains et d'autre part la fonction de communication exercée par le politique ou le chercheur pour orienter les choix à faire sur le terrain.

10.2.1 Conditions du recours à la théorie C/K en tant qu'approche métier : expert, conseil et consultant

Notre expérience au sein d'un cabinet de conseil et de formation tel que le CNEH atteste des nombreux domaines d'expertises non maîtrisés par les acteurs hospitaliers qui les amènent à faire appel aux consultants. Les besoins qu'ils expriment portent sur des éléments bien formalisés pour lesquels ils cherchent un apport en connaissances ou en méthodes.

Le consultant peut revêtir deux casquettes, celle d'expert lorsque la connaissance est bien établie et que la difficulté provient de sa mise en œuvre faute de compétences en interne. L'exemple de la mise en œuvre de la comptabilité analytique hospitalière est significatif. Parallèlement, il peut intervenir en tant que conseiller auprès du manager qui cherche à renforcer sa légitimité en s'appuyant sur un spécialiste extérieur à l'organisation, en vue d'obtenir un avis au sujet d'une problématique particulière. Autrement dit, on recense plusieurs raisons pour motiver un manager à recourir à un consultant :

- Expertise spécialisée et capacité de travail d'une part, lorsque le manager ne dispose pas des compétences requises à l'intérieur de l'organisation, ou de cadres disponibles pour réaliser une étude ou un projet interne ;
- Objectivité, confidentialité et crédibilité d'autre part qui implique de s'appuyer sur une personne neutre dans l'analyse du problème et la définition de solutions pratiques.

10.2.1.1 Le statut de connaissance de la comptabilité analytique hospitalière n'est pas garant de sa mise en œuvre : le recours au consultant en tant qu'expert

Le concept, en tant que proposition qui n'a pas de statut logique, a peu de chance d'intéresser le consultant qu'il soit regroupé au sein d'une société de conseils ou intervenant indépendant. Celui-ci intervient sur la base d'outils ou de méthodologies existantes. Il a, en effet, pour mission de conseiller et accompagner les dirigeants dans l'élaboration de stratégies de transformation, d'adaptation ou de conduite du changement. Il conçoit les processus de changements organisationnels et managériaux (humains, technologiques, financiers, informatiques, démarches qualité...) selon les finalités attendues.

L'exemple du déploiement et de la mise en œuvre des outils de comptabilité analytique hospitalière est à ce titre intéressant. Elle a fait l'objet de deux guides méthodologiques, le premier relatif à « La construction des Tableaux Coûts Case Mix (TCCM) et des Comptes de résultats analytiques (CREA) en 2006, le second dans le cadre de la Nouvelle gouvernance et de la comptabilité analytique par pôle, « CREA, CREO, TCCM, tableaux de bord, une aide méthodologique au dialogue de gestion ». Malgré l'existence de ces guides, bon nombre d'hôpitaux éprouvent des difficultés à construire ces outils et font appel aux cabinets de conseil. La MeaH elle-même, dont nous avons expliqué auparavant les missions, a accompagné les établissements dans l'élaboration et l'exploitation de la comptabilité analytique et des outils associés en lançant dès 2003 une mission auprès de quinze hôpitaux et cliniques volontaires avec l'appui de neuf cabinets de conseil.

La performance hospitalière est une deuxième notion qui n'a pas fait l'objet principal de notre recherche en tant que concept mais s'inscrit dans notre réflexion. Une fois encore, les consultants sont mobilisés pour la décliner. Les contrats de performance illustre cette démarche qui vise à permettre aux équipes des établissements, en étroite collaboration avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) et l'ANAP de mener de tels projets, qui doivent nécessairement s'appuyer sur une méthodologie standard mais également être parfaitement adaptés aux contraintes particulières de chaque établissement et de chaque territoire de santé. De nombreux moyens sont mobilisés pour atteindre cet objectif et les établissements bénéficient d'un appui réel avec la présence d'un consultant au sein de l'établissement pour mener à bien ce projet et atteindre les objectifs ayant fait l'objet de la contractualisation.

Enfin, les consultants sont nombreux à construire et développer leurs propres outils. C'est la finalité recherchée par le cabinet de conseils qui a accueilli ces travaux de recherche au sein de sa cellule Recherche et Développement. L'outil de simulation économique qui a fait l'objet du premier terrain de recherche s'inscrit dans une telle démarche. L'objectif repose sur la construction d'un outil de simulation économique simple mais innovant, unique afin d'accompagner le décideur dans sa démarche. L'outil apparaît donc comme un support à des prestations de conseil adaptées à chaque établissement qui passent par une phase d'adaptation et de paramétrage de l'outil puis la simulation de scénarii de gestion en fonction des orientations stratégiques proposées par l'établissement. Il s'inscrit donc dans le processus en trois temps autour d'un modèle complet de l'hôpital, support à la construction d'un outil générique, utilisé en tant qu'instrument lors de missions de conseil. Par la suite, d'autres démarches ont été déployées notamment depuis l'appel d'offre émanant de l'ANAP « Conception et développement d'un outil d'aide à la décision à destination des ARS et des établissements de santé publics et privés, pour la comparaison :

- D'organisations médico-soignantes sur les aspects capacitaires et médico-économiques ;
- De leur traduction en dimensionnement (surface) des organisations médico-soignantes et des fonctions support associées ;
- De modèles économiques résultants par intégration des données médico-économiques, d'exploitation et financières ».

Par ailleurs, la comptabilité analytique hospitalière (CAH) en permettant, en théorie, à un hôpital d'estimer la contribution de chacun de ses pôles (ou entités) à son équilibre financier global revêt un caractère politique pour un établissement de santé et le repérage des zones problématiques d'un point de vue économique et le lancement d'actions de réorganisation pertinentes qui en découlent. Par ailleurs, la fonction du consultant à l'hôpital n'est pas restreinte au seul cas de la mise en œuvre de la comptabilité analytique hospitalière. Il en résulte que le consultant n'est pas qu'un simple expert et peut aussi intervenir en tant que conseiller ; il exerce alors une fonction davantage « symbolique ».

10.2.1.2 La relation client / consultant : la fonction symbolique du consultant en tant que conseiller

Comprendre le recours aux consultants et l'essor du conseil ont été des challenges suscitant un certain intérêt de la part des chercheurs et des praticiens). Les chercheurs s'attachent ainsi à

étudier l'influence des relations clients-consultants sur les organisations, tout particulièrement l'impact sur les missions de changement via la fonction symbolique qu'ils exercent.

Pour autant, nous ne positionnons plus ici le consultant en tant que dépositaire d'un savoir sur les personnes et leurs situations (Lévy, 1997). Dans le cadre de dynamiques collectives (appartenances, processus identitaires, conflit, collaboration...) et organisationnelles (changement de stratégie, réorganisation, innovation,...) complexes tel que c'est le cas dans les organisations de santé, le rôle du consultant est double :

- Dans les situations les moins complexes il crée du « lien social » et des solidarités (lien avec la distorsion sociale) ; il est là pour donner du « sens » (Barrus –Michel, 1992) en créant des espaces d'échange d'expériences et d'analyses collectives ;
- Dans les situations plus complexes, il devient « instrumentalisé », garant de ses choix et des missions dont le client ne veut s'acquitter dans les trois registres que sont le besoin, la demande et le désir ; l'amélioration d'utilisation d'outils de management peut ainsi s'énoncer comme le besoin du manager hospitalier mais aussi d'une demande d'affirmation et de reconnaissance de son pouvoir . Le rôle du consultant est alors de faire le rapprochement entre ce qui apparaît comme des problèmes purement organisationnels ou sociaux et les aspects intra et / ou interpsychiques de ces mêmes problèmes.

Nous en déduisons donc deux caractéristiques d'intervention du consultant dans l'espace et dans le temps. Il est sollicité pour établir un diagnostic organisationnel de situations existantes, éventuellement faire des propositions d'amélioration le tout dans un horizon temporel très court. Il se veut donc relativement neutre, sauf s'il est trop instrumenté par son client. Son intervention étant courte dans le temps, il ne coordonne pas mais contribue à instaurer des pratiques plus coordonnées lorsque la coopération n'est pas spontanée.

Il participe donc au processus de conception en travaillant sur deux niveaux de partition, celles qui sont restrictives (propriétés qui reposent sur des connaissances existantes) et celles qui sont expansives (propriétés qui reposent sur de nouveaux savoirs). Au sein des projets auxquels il participe, il mobilise donc trois types de connaissance : les connaissances qui existaient déjà avant le projet et qui ont été mobilisées, les connaissances nouvelles produites par l'équipe de conception et les connaissances manquantes. Pour autant, à l'inverse du chercheur, il dispose de méthodes établies, la question ayant déjà été traitée dans d'autres organisations. L'exemple des études d'attractivité d'un établissement soit en termes

quantitatifs (parts de marché), soit qualitatifs (image de l'hôpital par des médecins généralistes) en sont deux exemples.

A travers cet exemple, il apparaît donc que le consultant n'est pas toujours positionné dans une relation unilatérale client / consultant, il peut aussi intervenir en tant qu'intermédiaire avec comme problématique à résoudre, la réponse aux questions suivantes : dans quelles conditions et par quels mécanismes des intérêts entre différents partenaires pourraient converger et comment l'exploration collective amène chacun des partenaires à réviser ses propres savoirs ? Ce processus de révision des savoirs est d'autant plus important dans le domaine des facteurs humains et de l'organisation, particulièrement prégnants dans les organisations de santé où peu de savoirs positifs sont disponibles. L'instruction de l'expert doit donc être productrice de savoirs et c'est donc la méthodologie employée qui est directement visée.

Le consultant en tant qu'expert ou conseiller est donc un intervenant. En prescrivant, il contribue à transformer l'objet d'analyse, idéalement en vue d'aboutir à des connaissances nouvelles et partagées au sein de l'organisation. Il en résulte deux modèles d'acquisition des savoirs :

- Le modèle « contrôle-qualité » (évaluation par rapport à un référentiel prédéterminé, documentation prescrite privilégiée, interactions avec l'exploitant de type contrôleur/contrôlé) ;
- Le modèle « recherche-intervention » : co-construction avec l'exploitant des problématiques de l'expertise, remises en question du référentiel d'évaluation et des grilles d'analyse, interactions nombreuses visant des apprentissages réciproques, la validation des observations et des hypothèses.

A l'issue de cette réflexion, nous assimilons le modèle « contrôle-qualité » aux cas traités par le consultant en l'absence de savoirs positifs suffisants qu'il doit donc développer. Pour autant, il nous semble insuffisant et la recherche-intervention s'impose face à des concepts nouveaux que seul le chercheur peut explorer de façon neutre et en vue de l'acquisition de nouveaux savoirs.

10.2.2 Action politique et recherche : deux espaces d'expression du principe de non séparabilité « S/R »

Le processus de conception innovante que nous cherchons à étudier peut être décomposé en deux temps, qui confèrent ainsi deux rôles au chercheur.

- L'émergence du concept d'une part, qui passe par la reconnaissance du caractère conceptuel d'une situation inédite ;
- Le processus de conception lui-même qui vise à faire passer le concept au statut de connaissance.

Sur cette base, on définit ainsi le concept comme étant le point de départ du travail du chercheur, là où la distance entre S et R est la plus grande. L'effort de conception est alors maximal et vise à réduire la distance entre savoirs et relations et s'approcher ainsi du niveau de la connaissance. Or, la connaissance a pour particularité d'être partagée. La co-exploration est à ce titre doublement bénéfique, elle facilite l'émergence de savoirs partagés dépendants des relations ainsi créées. Par ailleurs, loin de la recherche fondamentale, notre recherche se veut proche de la pratique avec pour ambition d'apporter des solutions concrètes aux professionnels du terrain. Dans le domaine de la santé, beaucoup d'orientations sont impulsées par la tutelle en vue de la construction de priorités de santé publique dans le cadre du débat politique. Les choix politiques qui en résultent contribuent ainsi à l'émergence de nouveaux concepts, qui doivent être déployés concrètement sur le terrain en vue de rapprocher les savoirs et relations ainsi créés.

10.2.2.1 L'action politique et la formalisation de nouvelles relations

Le principe fondamental de la théorie de l'action collective est l'inséparabilité des savoirs et des relations ; la réflexion collective devient alors constitutive de l'action. Or, l'action politique, constitue également un lieu d'échanges de savoirs qui impose de reconnaître et / ou organiser les relations entre des acteurs aux savoirs hétérogènes. Sciences de gestion et sciences politiques ont alors quelques points communs pour comprendre les actions collectives contemporaines, qu'il s'agisse de « l'action publique » ou de l'entreprise. L'ordre politique peut alors être pensé à partir des crises de l'action collective et des critiques sur le management.

Par ailleurs, la Loi Organique Relative aux Lois de Finance (LOLF), votée en Août 2001, se caractérise par une rupture dans la manière de piloter l'action publique. Considérée comme la « mère » de nombreuses réformes, elle implique ainsi de nombreuses modifications des conditions de la gestion publique et présente des caractéristiques communes avec les réformes dans le secteur de la santé.

Elle part en effet d'objectifs stratégiques, déclinés en objectifs opérationnels avec pour finalité la responsabilisation des acteurs et une évaluation sur la base d'indicateurs de performance. La performance publique est alors définie de manière plurielle, les objectifs des programmes étant fixés en fonction de l'impact socio-économique qu'ils doivent produire sur leurs destinataires tels que la diminution de la mortalité sur les routes, l'amélioration de l'insertion des étudiants à la sortie de l'université par exemple. La performance est ainsi appréciée au regard de trois critères :

- Le résultat de l'action publique : impact final et perception du citoyen ;
- L'efficacité dans l'emploi des ressources : réalisations obtenues au regard des moyens consommés et perception du contribuable ;
- La qualité du service rendu : satisfaction des usagers, qualité des processus, perception de l'utilisateur.

Le processus qui en résulte autour de missions déclinées en programmes eux-mêmes déclinés en actions repose alors sur le pilotage de la performance.

Les réformes du secteur de santé s'inscrivent dans cette démarche. Elles passent par la fixation d'objectifs tels que les programmes de qualité et d'efficacité fixés depuis la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2008 et font l'objet d'une démarche apprenante en termes de qualité et d'objectifs des contrats. Les résultats sont caractérisés par une performance plurielle, qu'il s'agisse de la qualité des soins, de l'efficacité, de la prise en compte de l'utilisateur ou des ressources humaines. Les leviers d'action sont basés sur la responsabilisation des acteurs, notamment des pôles dans les hôpitaux publics et un déploiement opérationnel qui passe par le contrat interne (contrat de pôle) comme externe (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens).

Aussi, elle oblige l'ensemble des acteurs de santé à révéler leurs savoirs et organise des relations nouvelles entre eux.

La Tarification A l'Activité (T2A) et la Nouvelle Gouvernance ont ainsi renforcé la légitimité accordée au contrôle de gestion hospitalier qui faute d'instruments est longtemps resté au

stade de concept. Pour autant, l'action des chercheurs a notamment permis la construction d'outils de comptabilité analytique hospitalière tels que le Tableau Coût Case Mix (TCCM) ou le Compte de Résultat Analytique (CREA) par pôle, ce dernier permettant de rapprocher coûts et recettes.

Aujourd'hui ces outils font partie de l'espace des connaissances, même si tous les hôpitaux ne les exploitent pas complètement. Pour autant, le processus de conception ne s'arrête pas dans le cas particulier du secteur de la santé. De nouvelles réformes contribuent à l'émergence de nouveaux concepts parmi lesquels celui qui fait l'objet de notre recherche, le contrôle de gestion médicalisé.

En effet, nous pouvons considérer deux réformes centrales que sont le plan Cancer 2009-2013 et la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST), qui a largement inspiré le titre des travaux résumés dans cette thèse. Aussi, si la politique contribue à l'émergence de nouveaux concepts à explorer, le chercheur intervient pour analyser les conditions favorables à la mise en œuvre concrète de ces concepts et contribuer à leur déploiement sur le terrain. Au final, il nous semble que le chercheur intervient là où la politique ne définit pas concrètement les modalités pratiques de mise en œuvre des choix qu'il effectue.

10.2.2.2 Apport du chercheur : l'apprentissage collectif garant du principe de non séparabilité S/R

L'hétérogénéité des savoirs ainsi que des intérêts des partenaires pose deux questions en lien avec notre problématique d'émergence du contrôle de gestion médicalisé : comment des partenaires aux intérêts contrastés parviennent-ils à générer ensemble des projets de conception innovante ? Quels instruments de gestion proposer à ce type de coopération ?

Le cas du projet de pôle santé est représentatif de cette question et illustre parfaitement le processus de co-exploration qui se met en œuvre entre médecins généralistes et médecins hospitaliers et rejoint la notion de « prescription réciproque » proposée par (Hatchuel, 1996, Hatchuel, Le Masson P., et al., 2002). Il désigne le fait que « l'apprentissage de l'un est modifié par l'apprentissage de l'autre, modifications qui tiennent aussi bien aux relations qui existent entre les deux acteurs, qu'à la nature des savoirs qu'ils élaborent ».

Une telle exploration collective devient alors une double exploration en lien avec les problématiques de la coordination et de la cohésion (Segrestin, 2003) :

- Une exploration de la coordination, c'est à dire des conditions dans lesquelles les acteurs vont organiser leurs actions pour définir et atteindre des objectifs partagés. Il s'agit d'explorer le concept nouveau à concevoir ;
- Une exploration de la cohésion, c'est à dire du cadre organisationnel (contrat, règle de partage des résultats, condition d'entrée et sortie du partenariat...) qui va permettre de lier les acteurs et ainsi former un collectif.

Sans aller jusqu'à la co-exploration, certains terrains de recherche obligent à dépasser des méthodologies de confinement (Hatchuel, 2000) (simulation, expérimentation en laboratoire), et trouver d'autres alternatives pour pallier l'incomplétude des savoirs dans le domaine des facteurs humains et de l'organisation. Il s'agit alors de mettre en œuvre un « côtoiement exigeant avec le terrain » (Bourrier, 2001).

Celui-ci se décline en deux méthodologies (Hatchuel, 2000).

- Le modèle du terrain, qui consiste à naturaliser un objet pour tenter de l'étudier et qui repose sur la séparation du chercheur vis-à-vis du « terrain ». C'est notamment l'approche privilégiée par les sociologues et les ethnographes notamment dans le domaine de la santé.
- Le modèle de l'intervention, où la recherche se situe dans un contexte qu'elle contribue à transformer. Cette méthodologie est davantage celle d'ergonomes et de chercheurs en gestion.

Ce deuxième modèle est propice à l'étude « d'organisations orientées conception [...] capable de piloter des processus créateurs de concepts, d'objets et de métiers nouveaux [...] et de favoriser les cycles d'apprentissages collectifs permettant une telle régénération simultanée des objets, des savoirs et des métiers ». L'exemple de la coordination des soins externes est représentatif de l'émergence d'un concept en devenir, qui n'est plus seulement hospitalier et met en avant le rôle central et le métier d'infirmier coordonnateur. Ce terrain est celui qui permet d'effectuer la transition vers un nouveau concept de contrôle de gestion qui sort de la logique budgétaire inspiré de la T2A.

Dans les deux cas, co-exploration et modèle de l'intervention, on constate ainsi que les modes d'acquisition des savoirs ne sont pas dissociables des relations entre acteurs conformément au principe de non-séparabilité « savoirs-relations » de la théorie de l'action collective. Ce